

Leitner, Werner

Interventionen bei Hyperkinese und Konzentrationsproblemen aus interdisziplinärer unterrichtswissenschaftlicher Sicht

Unterrichtswissenschaft 23 (1995) 4, S. 347-369



Quellenangabe/ Reference:

Leitner, Werner: Interventionen bei Hyperkinese und Konzentrationsproblemen aus interdisziplinärer unterrichtswissenschaftlicher Sicht - In: Unterrichtswissenschaft 23 (1995) 4, S. 347-369 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-81382 - DOI: 10.25656/01:8138

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-81382>

<https://doi.org/10.25656/01:8138>

in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Unterrichtswissenschaft

Zeitschrift für Lernforschung
23. Jahrgang / 1995 / Heft 4

Thema: Kooperatives Lernen

Verantwortlicher Herausgeber:
Günter L. Huber

Günter L. Huber:
Einführung 290

Alexander Renkl, Heinz Mandl:
Kooperatives Lernen:
Die Frage nach dem Notwendigen und dem Ersetzbaren 292

Jos van der Linden, Gijsbert Erkens, Tonie Nieuwenhuysen:
Gemeinsames Problemlösen in Gruppen 301

Günter L. Huber:
Lernprozesse in Kleingruppen:
Wie kooperieren die Lerner? 316

Sigrid Rotering-Steinberg:
Kooperative Formen des Lehrens und Lernens
in der Erwachsenenbildung 332

Allgemeiner Teil

Werner Leitner:
Interventionen bei Hyperkinese und Konzentrationsproblemen
aus interdisziplinärer unterrichtswissenschaftlicher Sicht 347

Buchbesprechungen 370

Berichte und Mitteilungen 382

289

Werner Leitner

Interventionen bei Hyperkinese und Konzentrationsproblemen aus interdisziplinärer unterrichtswissenschaftlicher Sicht

Interventions for Hyperactivity Disorder and concentration problems in an interdisciplinary context of the science of teaching

Immer häufiger werden wir an unseren Schulen mit Konzentrationsproblemen und Hyperkinese konfrontiert. Es gibt eine zunehmende Anzahl mehr oder weniger rivalisierender Interventionen für diese Probleme nebeneinander, die auf medizinisch/pharmakologischer, psychologischer und pädagogischer Forschung beruhen und sich manchmal einander auszuschließen scheinen. Integrative Aspekte dieser verschiedenen Hilfsmöglichkeiten werden im Zusammenhang mit einer wünschenswerten und notwendigen interdisziplinären Kooperation diskutiert. Erfahrungen in verschiedenen Forschungsbereichen werden dargestellt und zeigen die Effektivität integrativer interdisziplinärer Interventionen beziehungsweise einer Kombinationsbehandlung, die verschiedene pädagogisch-psychologische (auch ganzheitliche) und pharmakotherapeutische Interventionen beinhalten. Besondere pharmakotherapeutische Interventionen und das „Konzentrations-Trainings-Programm“ (KINZE, BARCHMANN und ETTRICH), das aus der früheren deutschen Ost-West-Zusammenarbeit des Autors bekannt ist, werden als exemplarische integrative Elemente einer Kombinationsbehandlung bei Konzentrationsproblemen und Hyperkinese vorgestellt. Wir brauchen mehr integrative Kooperation und interdisziplinäre Teams, deren Effektivität sich bei der Bewältigung dieser Probleme in einer sich verändernden Umwelt gezeigt hat.

More and more we are confronted with concentration problems and Hyperactivity Disorder in our schools. There is an increasing number of more or less rival, coexisting interventions for these problems based on medical/pharmacological, psychological and pedagogical research and which sometimes seem to exclude each other. Integrational aspects of these different attempts to help are discussed in the context of a desirable and necessary interdisciplinary cooperation. Experiences in different fields of research are presented and show the effectiveness of integrational interdisciplinary interventions, respectively of a combination therapy including different pedagogical-psychological (also holistic) and pharmacological interventions. Special pharmacological interventions and the „Concentration-Training-Program“ (KINZE, BARCHMANN & ETTRICH), which is known from the author's former German East-West cooperation, are presented as exemplary integrational elements of a combination therapy for Hyperactivity Disorder and concentration problems. We require more integrational cooperation and interdisciplinary teams which have shown their effectiveness in mastering these increasing problems in a changing environment.

Unterrichtswissenschaft ist stets offen für und ausgerichtet auf interdisziplinäre Kooperation mit relevanten Bezugswissenschaften (u.a. Medizin, Psychologie, Pädagogik), aus denen es Forschungsergebnisse für relevante Teil-

bereiche der Unterrichtsforschung dienstbar zu machen gilt. Ein solcher Teilbereich, der auf Grund vieler Klagen von Eltern und Lehrern zunehmend ins Blickfeld rückt, sind Konzentrationsprobleme. In diesem Sinne ergab sich im Jahre 1987 - einige Zeit bevor die Grenzöffnung vielfach für möglich gehalten wurde - ein für mich wertvoller Austausch mit BARCHMANN von der Kinderneuropsychiatrischen Klinik Lübben in der ehemaligen „DDR“. Wenngleich vieles, was sich in diesem Teil unseres nunmehr vereinten Vaterlandes abspielte, nur Erschrecken auslösen konnte, dürfen auch die Bereiche nicht vergessen werden, denen wir wertvolle Impulse für unser eigenes Wirken entnehmen können. Ein solcher Bereich war für mich die dort offensichtlich gute Kooperation zwischen Medizinern, Psychologen und Pädagogen im Bereich der Erforschung und Intervention bei Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen, die bei uns heute noch nicht selbstverständlich ist. Wie ein solches Miteinander systematisch erfolgen kann, will ich im Rahmen dieses Beitrages auf Grund von Erfahrungen aus Kooperation, Austausch, mehrjähriger Tätigkeit als Schulpsychologe und derzeitiger Forschungsarbeit als Mitarbeiter am Lehrstuhl für Grundschulpädagogik an der Universität Bamberg exemplarisch aufzuzeigen versuchen. Dabei hoffe ich deutlich machen zu können, daß kein Bereich den anderen unberücksichtigt lassen sollte und interdisziplinäre Grundlagen stets integrativ zu berücksichtigen sind. Unter diesem Blickwinkel finden in diesem Beitrag für einen zunehmend mehr ins Blickfeld aktueller Problematik rückenden Teilbereich der Unterrichtswissenschaft medizinische, pädagogische und psychologische Aspekte ihren Niederschlag.

1. Konzentrationsprobleme, Hyperkinetisches Symptom und minimale cerebrale Dysfunktion

1.1. Grundlegendes zur Diagnose und Intervention

ORTNER (1989) behandelt „Konzentrationsschwierigkeiten“ (S.51ff) und „Hyperkinese“ (S.58ff) als voneinander getrennte Problemfelder und verweist auf die spezifische Konzentrationsproblematik im Zusammenhang mit dem „hyperkinetischen Syndrom“ auch an anderer Stelle (ORTNER, 1991, S.202ff). Diese Trennung wird in unserem Sprachraum noch nicht allzu lange vorgenommen. „Der Begriff 'hyperkinetisches Syndrom' ist im deutschen Sprachgebrauch erst seit einigen Jahren gebräuchlich, da man die Symptome dieses Syndroms (Unruhe; Konzentrationsschwäche; 'Nervosität') weitgehend unter dem komplexen Überbegriff 'Konzentrationsstörungen' zusammenfaßte. Demgegenüber hat sich heute die Auffassung durchgesetzt, daß es sich beim 'hyperkinetischen Syndrom' um eine spezifische, weitgehend auf Grund minimaler zerebraler Dysfunktion auftretende Konzentrationsstörung handelt“ (ORTNER, 1991, S.202). Von der „American Psychiatric Association“ wurde die Bezeichnung „Attention Deficit Disorder“ in den deutschen Sprachgebrauch als „Aufmerksamkeits-Defizit-Störung“ (abgekürzt „ADS“) übernommen und zu definieren versucht „als eine auf

Grund minimaler zerebraler Dysfunktion (bewirkt insbesondere durch ein unzureichendes Vorhandensein von Neurotransmittern) auftretende spezifische Verhaltens- bzw. Konzentrationsstörung, die von einer Reihe typischer Begleitsymptome (z.B. starke motorische Unruhe; Affektlabilität; mangelnde Frustrationstoleranz) geprägt ist“ (a.a.O.). Nach der Auffassung von HÖRMANN (1991, S.267) „(wird so) aus dem altehrwürdigen Zappelphilipp ... unter Rückgriff auf fortschrittliche medizinische Sprache das Kind mit 'minimal brain dysfunction'; Nichtstillsitzenkönnen, nervöses Gezappel, Konzentrationsschwierigkeiten, Dazwischenrufen und unaufgefordertes Reden im Unterricht werden 'Hyperaktivität' (GRISSEMAN 1986; SCHRAG & DIVOKY 1975) genannt. Die Bündelung entsprechender Symptome wird durch Fachleute zum 'hyperkinetischen Syndrom' (STEINHAUSEN 1982, 26ff; HELLERICH 1984; REH 1984) hochstilisiert“. Wenn gleich die Diagnose „leichte Hirnfunktionsstörung“ in den USA bereits Mitte der siebziger Jahre teilweise als überholt angesehen wurde (vgl. HALLAHAN und KAUFFMAN, 1976, zitiert in ZIELINSKI, 1980, S.51) scheint Hyperkinese heute auch dort ein großes Problem zu sein, wie mir BRYNES (1994) in einem Korrespondenzschreiben mitteilte: „One problem we see a lot in this country is Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD. Children with this disorder have great difficulty with attention/concentration. In our school we are continually evaluating children for ADHD, particularly in grades 1-3.“ (BRYNES, 1994, Korrespondenzschreiben). LEMPP (1970 und 1975 zitiert in ZIELINSKI, a.a.O.) vertritt die Ansicht, daß die Diagnose „minimale zerebrale Dysfunktion“ (abgekürzt „MCD“) auch eine Entlastungsfunktion mit sich bringt und betroffene Kinder vor Überforderung und Fehlformen der Entwicklung schützen kann. EDWARDS (1971, zitiert in ZIELINSKI a.a.O.) gelang keine Vorhersage von Schulleistungen auf Grund entsprechender neurologischer Daten und OWEN (1971, zitiert in ZIELINSKI a.a.O.) konnte „keine Anzeichen schwerer neurologischer Dysfunktionen“ (a.a.O.) bei verschiedenen Gruppen lernschwieriger Schüler feststellen. HEINICKE (1972) fordert, „immer dann auf die Diagnose 'leichte Hirnfunktionsstörung' zu verzichten, wenn sich die Diagnose nur auf Verhaltensmerkmale und nicht auf pathologische neurologische Befunde stützt“ (ZIELINSKI, 1980, S.51). „Diagnosen entsprechend“, so HÖRMANN (1991, S.268) im Hinblick auf die zu erwartenden Konsequenzen auf Grund der Diagnose hyperkinetisches Syndrom insgesamt, „werden medizinisch-psychiatrische Interventionen mit pseudowissenschaftlicher Begründung eingesetzt (CONRAD 1976). 'Pillen für den Störenfried' (SICHROVSKY 1984, 89ff; VOSS 1983) oder Hilfe auf Rezept (VOSS 1984) geben dem Arsenal medizinischer Interventionen neue Anwendungsbereiche. Statt körperliche Verletzlichkeiten und organische Bedingungen behutsam wahrzunehmen und angemessen auf sie zu reagieren (HÖRMANN 1984), galoppiert die Therapeutisierung in Form medizinisch-pharmakologischer oder psychotherapeutischer Intervention auf das dingfest gemachte Individuum los.“ Insgesamt scheint die Diagnose „minimale Hirnfunktionsstörungen“ in Verbindung mit „hyperkinetischem Syndrom“ nicht unproblematisch zu sein und erfordert eine sehr vorsichtige Handhabung zumal hierbei im alltäglichen Begriffsverständnis auch

ein sehr deutlicher Stimatisierungseffekt effizient werden und beträchtliche Eigendynamik entfalten kann.

1.2. Neuere Veröffentlichungen zur Hyperkinese

Die Veröffentlichungen zu dieser Thematik haben in letzter Zeit ein beträchtliches Ausmaß erreicht. In exemplarischer Form will ich hier einen knappen Überblick über einige Publikationen aus dem Jahre 1992 geben und exemplarisch auf zwei noch aktuellere Veröffentlichungen aus dem Jahre 1993 inhaltlich kurz hinweisen.

Neuere „Erklärungsansätze, psychophysiologische Korrelate und Behandlungskonzepte“ bei hyperaktiven Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen stellten ROTH, SCHLOTTKE und KLEPEL (1992, S.77ff) zusammen und aktualisierten damit wesentliche Grundlagen dieses Forschungsbereiches. „Subgruppen hyperkinetischer Störungen“ erforschten BLANK und REMSCHMIDT (1992, S.34ff) im Rahmen ihrer „explorative(n) Untersuchungen unter Berücksichtigung von Fragebogenverfahren und immunologischen Parametern“. Mit „Hyperaktivität, Aggressivität und Peer-Status bei Vorschulkindern“ setzte sich MAYR (1992, S.392ff) auseinander, während sich KLEIN (1992, S.64ff) mit der „Wirksamkeit einer phosphatreduzierten Ernährung bei hyperaktiven Kindern“ beschäftigte. Für SCHOR (1992, S.667) stellt nach seinen Aufarbeitungen Hyperkinese ein „Trauma für Kind und Mitwelt“ dar. SCHMIDT und BLANZ (1992, S.228ff) versuchen demgegenüber aufzuzeigen, „wie Philipp das Zappeln verlernen kann“ und somit ein Entrinnen aus diesem „Trauma“ (SCHOR, a.a.O.) dennoch möglich ist.

FRANZ et al. (1993, S.369ff) analysierten die Prävalenz und die Verlaufsstabilität beziehungsweise die Geschlechts- und Altersabhängigkeit neurologisch relevanter psychogener Symptome. Insgesamt 240 Probanden wurden dazu zehn Jahre lang im Rahmen von drei Datenerhebungswellen im Hinblick auf psychogene Beeinträchtigung untersucht, wobei sieben neurologisch relevante Symptomgruppen wie Hals-/Lendenwirbelsäulenbeschwerden, Kopfschmerzen, unsystematische Schwindelgefühle, Schlafstörungen, funktionelle Paresen aber auch Konzentrationsschwierigkeiten und Hyperkinesen sich deutlich in spezifischen Verlaufseigenschaften, Häufigkeit und jeweiliger klinischer Bedeutung voneinander unterschieden.

Auf der Grundlage einer Beschreibung situativer Aspekte hyperkinetischer und phlegmatischer Kinder unter Berücksichtigung der spezifischen Relevanz von Raum-Lage-Wahrnehmung für Rechnen, Lesen und Schreiben diskutiert STEGMANN (1993, S.6ff) neurophysiologische Aspekte von Lernstörungen. Dabei wird anhand der neurophysiologischen Voraussetzung des Gleichgewichtes, der Propriozeption und des Tonus exemplarisch die enge Verknüpfung von Körperwahrnehmung, Körperbeherrschung und Lernvermögen deutlich gemacht.

Es würde zweifellos den Rahmen dieser Arbeit sprengen, den Forschungsstand zum Hyperkinetischen Syndrom hier näher aufzuarbeiten. So begnüge ich mich damit, auf die genannten Beiträge in dieser Form hinzuweisen.

2. Können medikamentöse Verfahren alleine Abhilfe schaffen?

1988 erschien in der „Medical Tribune“ ein Beitrag zur Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblematik mit besonderer Berücksichtigung hyperkinetischer Kinder unter der Schlagzeile „Psychopharmaka viel besser als Psychologen - Dr. EICHLSEDER redet Klartext“ (a.a.O., S.4f). In diesem Beitrag wird auf ein publiziertes „Plädoyer“ des mittlerweile verstorbenen Münchner Kinderarztes hingewiesen, bei dem er „psychosozialen Maßnahmen“ hinsichtlich dieser Problematik nur eine „flankierende Funktion“ zugestanden haben soll, und hierfür nicht nur Beifall erntete. Bereits in seinem Buch „Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern“ macht er diese Position beispielsweise folgendermaßen deutlich: „Man halte sich vor Augen: Einem Unkonzentrierten durch 'Konzentrationsübungen' zur Konzentration verhelfen zu wollen, ist genauso wirkungslos, wie einem Kurzsichtigen durch Sehübungen zur Normalsichtigkeit zu bringen. Dem Kurzsichtigen hilft nur die Brille und dem Unkonzentrierten das Stimulans“ (EICHLSEDER, 1987, S.170) (1).

EICHLSEDER macht mit seiner Stellungnahme deutlich, daß er pädagogische und psychologische Maßnahmen in einem gewissen Stadium allein und ohne Medikation für wenig aussichtsreich hält.

Sein Buch enthält viele ausführliche und detaillierte Abhandlungen vor allem zum Erscheinungsbild sowie zu den Hintergründen und Ursachen von Konzentrationsproblemen aus medizinischer Sicht und ebenfalls viele Ratschläge auch unter Berücksichtigung von Ernährungsaspekten: „1. Additivfreie Diät (FEINGOLD 1975). 2. Allergenarme Kost (SHANNON 1922). 3. Phosphatreduzierte Ernährung (HAFER 1975). 4. Reduktion oder Austausch von Zucker“ (EICHLSEDER, 1987, S.192). Teilweise kritische Ausführungen zum Einsatz besonderer Diätformen finden sich bei KINZE und BARCHMANN (1991, S.151). EICHLSEDERs oben referierter Auffassung stehen eine Reihe empirischer Befunde nur auf den ersten Blick entgegen, da EICHLSEDER pädagogischen und psychologischen Maßnahmen eine begleitende Funktion durchaus nicht abspricht und sich somit keineswegs gegen eine Kombinationsbehandlung unter interdisziplinären Aspekten stellt. Eine Vielzahl vorliegender Untersuchungen bestätigen auch die Wirksamkeit von Interventionen, die Kindern mit Konzentrationsproblemen auf der Basis von Erkenntnissen der Pädagogik, der Psychologie und der Me-

1) „Stimulanzen (lat. stimulare anstacheln, antreiben) n pl: anregende Medikamente wie Analeptika, Psychotonika (...) Halluzinogene“ (PSCHYREMBEL, 1990, S.1592).

dizin helfen wollen und dabei erfolgreich interdisziplinär „Hand in Hand“ zusammenarbeiten. Ein Zitat im Hinblick auf KLEBERs Konzeption, der diesen kooperativen interdisziplinären Aspekt ebenfalls stark betont, sei in diesem Zusammenhang auch hier angeführt: „Erst wenn .. Maßnahmen der pädagogischen Analyse und Förderung ausgeschöpft sind, ohne beim einzelnen Kind zur Verbesserung seiner Konzentrationsleistungen beizutragen, ist die Einbeziehung psychologischer und medizinischer Maßnahmen geboten“ (BARCHMANN, KINZE und ROTH, 1991, S.147). EICHLSEDER bezieht sich bei seiner Aussage wohl vor allem auf das letztgenannte Stadium, bei dem gezielte medizinische Interventionen auch in Kooperation mit anderen Bereichen keineswegs mehr zurückstehen sollten. Eine integrative Vorgehensweise befürworten KINZE, BARCHMANN, ETTRICH und HANDREG für ein bestimmtes Ausmaß der Problematik unter anderem auch in ihrem Beitrag „Stimulanzienbehandlung konzentrationsgestörter Kinder“ (1984, S.322ff) in der Zeitschrift „Psychologie für die Praxis“: „Unter neurophysiologischem Aspekt ist die Stimulanzientherapie ein Eingriff in cerebrale (2) Erregungs- und Hemmungsprozesse. Unter klinisch-medizinischem Aspekt sollte die Indikation zur Stimulanzienbehandlung auf Kinder mit Hinweisen für eine leichte frühkindliche Hirnschädigung begrenzt werden, was durch eigene Untersuchungen an 110 Kindern belegt wird. Unter psychologischem Aspekt ist die medikamentöse Therapie kindlicher Konzentrationsstörungen als Basis für gezielte Übungsprogramme anzusehen. Nur durch sinnvolle Integration aller Betrachtungsweisen ist eine indikationsgerechte Behandlungsführung möglich“ (KINZE, BARCHMANN, ETTRICH und HANDREG, 1984, S.322). Über insgesamt zwei Jahre hinweg wurden in diesem Zusammenhang 110 Kinder der ersten bis vierten Jahrgangsstufe „in geschlossenen Gruppen über jeweils 3 Monate stationär kinderneuropsychiatrisch behandelt und lehrplangerecht beschult (84 Jungen, 26 Mädchen, 7. bis 12. Lebensjahr, 20,5 bis 37,7 kg Körpergewicht)“ (KINZE, BARCHMANN, ETTRICH und HANDREG, 1984, S.324). Auf Grund einer ätiologischen Klassifikation nach „klinischen Hirnschadenskriterien (Anamnese, körperlich-neurologischer Befund, motorischer Entwicklungsstand nach KURTH, Symptome des psychischen Achselsyndroms nach GÖLLNITZ, EEG, Schädel-Röntgen, Enzephalopathie-Fragebogen nach MEYER-PROBST)“ (a.a.O.) lagen bei insgesamt 66 Kindern Hinweise auf eine leichte frühkindliche Hirnschädigung vor, in 44 Fällen war dies hingegen nicht gegeben. An anderer Stelle berichten KINZE, BARCHMANN und ETTRICH in der Zeitschrift für klinische Medizin (1986, S.381ff) „zur Pharmakotherapie (3) von Schulkindern mit Konzentrationsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten“: „Aus einer klinisch-psychologischen Untersuchung von 248 verhaltens- und leistungsauffälligen Normalschulkindern geht hervor, daß sich unter Stimulanzienbehandlung die Konzentrationsleistungen in der Einzelsi-

2) „zerebral (lat. cerebrum Gehirn): das Gehirn betreffend.“ (ebd., S.1843).

3) „Pharmakotherapie f: Lehre von der Arzneibehandlung, dem Verhalten u. der Wirkung der Arzneimittel.“ (ebd., S.1289).

tuation bezüglich Quantität und Qualität verbessern, in der Gruppensituation jedoch nur das Leistungstempo beschleunigt wird. Im Sozialverhalten werden die mit Stimulantien behandelten Kinder etwas auffälliger. Der Einsatz niedrig dosierter Neuroleptika (4) beeinflusst die Konzentrationsleistungen eher ungünstig, verbessert allerdings die soziale Anpassungsfähigkeit der Kinder“ (KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1986, S.381). Bei insgesamt 248 Kindern der Jahrgangsstufen 1 bis 4, die sich jeweils ein halbes Jahr unter stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung befanden, wurde per Zufall eine Zuordnung in vier Gruppen vorgenommen. Bei der ersten Gruppe handelte es sich um eine Kontrollgruppe (N=45), der Placebo gegeben wurde. Die zweite Gruppe (N=80) wurde hingegen dem Konzentrations-Trainings-Programm (KTP) von BARCHMANN, ETTRICH, KINZE und RESCHKE unterzogen, während der dritten Gruppe (N=62) jeweils morgens 10 mg Aponeuron und der vierten Gruppe jeweils 10-15 mg Haloperidol gegeben wurde (vgl. KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1986, S.381). Signifikante Differenzen hinsichtlich Konzentrationsleistungen, Intelligenz, Hirnschadenskriterien, Körpergewicht, Alter und Diagnose waren zwischen den einzelnen Gruppen nicht zu verzeichnen. Die Kinder wurden vor dem Beginn der Behandlung beziehungsweise nach sechs Wochen mit dem Enzephalopathie-Fragebogen (EFB) (5) nach MEYER-Probst, der Aufgabenserie zur Prüfung der Konzentration (APK) (6) nach KURTH, dem Matching-Familiar-Figures-Test (MFF) (7) nach KAGAN sowie dem Konzentrations-Handlungs-Verfahren (KHV) (8) nach KOCH und PLEISSNER

-
- 4) „Neuroleptika n pl: syn. Antipsychotika, (engl.) major tranquilizers; Psychopharmaka mit antipsychotischer, sedierender u. psychomotorisch dämpfender Wirkung.“ (ebd., S.1163)
 - 5) „Enzephalopathiefragebogen (EFB) nach MEYER-PROBST: Es handelt sich um einen skalierten Fragebogen, wobei 40 Items nach 4 Ausprägungsgraden einzuschätzen sind. In der Auswertung lassen sich diese Urteile insgesamt 5 Skalen zuordnen, die unterschiedliche Leistungs-, Verhaltens- und Erlebensbereiche repräsentieren“ (KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.381f).
 - 6) „Aufgabenserie zur Überprüfung der Konzentration (APK) nach KURTH: Durch diese in der Gruppe zu bearbeitende Zusammenstellung von Abschreib-, Merk- und Rechenleistungen wird eine schulrelevante Situation geschaffen, in der konzentrierte Bewältigung von Aufgaben verlangt wird, die auch intellektuelle Anforderungen enthalten“ (KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.381).
 - 7) „Matching-Familiar-Figures-Test (MFF) nach KAGAN: Hierbei soll - gleichfalls in der Einzelsituation - aus jeweils 6 ähnlichen Bildern das mit der Vorlage identische herausgefunden werden, was neben Sorgfalt und Tempo auch intellektuelle Differenzierungsfähigkeit erfordert“ (KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.381).
 - 8) „Konzentrations-Handlungs-Verfahren (KHV) nach KOCH und PLEISSNER: Es handelt sich um ein kindgemäßes Sortiervverfahren in der Einzelsituation. Das Kind soll 80 Bildkarten nach 4 Motiven zuordnen, wobei sorgfältiges und zügiges Arbeiten gefordert wird, ohne daß Intelligenzleistungen im eigentlichen Sinne angesprochen sind“ (KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.381). In Anlehnung an dieses Verfahrens beziehungsweise an ABELS entwickelte ETTRICH sein Konzentrationshandlungsverfahren (KHV-VK) (vgl. ETTRICH, 1991, S.83).

untersucht. Einer Veröffentlichung von KINZE, BARCHMANN und ETTRICH aus dem Jahre 1985 in der Zeitschrift „Psychologie in Erziehung und Unterricht“ unter dem Titel „Möglichkeiten der Therapie von Konzentrationsstörungen im Kindesalter“ sind folgende Ergebnisse zu entnehmen: „Für die Therapie von Konzentrationsstörungen im Kindesalter sind ätiologische Faktoren bedeutsam. Eigene Untersuchungen an 110 verhaltensauffälligen Normalschulkindern der 1. bis 4. Klasse erwiesen, daß die Behandlung mit Psychostimulantien nur bei enzephalopathischen Kindern (9) neben der Quantität auch die Qualität der Testleistungen verbessert: Mit einem verhaltenstherapeutisch orientierten Konzentrations-Trainings-Programm, das an 117 Kindern erprobt wurde, konnte gezeigt werden, daß diese gezielte Psychotherapie dem unspezifischen Effekt einer kinderpsychiatrischen Allgemeinbehandlung überlegen ist und auch enzephalopathische Kinder zu qualitativen Leistungssteigerungen befähigt“ (KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.14). Die zugrundeliegende Stichprobe bestand auch hier aus Kindern der ersten bis vierten Jahrgangsstufe, „die in geschlossenen Gruppen von etwa 20 Kindern über jeweils drei Monate stationär im BFKH Lübben behandelt und lehrplangemäß beschult wurden. 76 Kinder wurden in das KTP einbezogen, 41 Kinder stellen eine untrainierte Kontrollgruppe dar. ... Der Sozialstatus der Eltern entsprach etwa dem Durchschnitt (72% Facharbeiter, 15% ohne abgeschlossene Berufsausbildung, 13% Hoch- und Fachhochschulabschluß). ... Die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Kinder lag im Normbereich (IQ nach HAWIK ...)“ (KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.17). Im Rahmen der Verlaufskontrolle wurden mehrere der vorgenannten Verfahren (KHV nach KOCH und PLEISSNER, Konzentrationstest nach KURTH, MFF nach KAGAN) eingesetzt. Die drei referierten Veröffentlichungen von KINZE, BARCHMANN, ETTRICH und HANDREG (1984) sowie KINZE, BARCHMANN und ETTRICH (1986 und 1985) erschienen in Fachzeitschriften dreier unterschiedlicher Disziplinen: der Psychologie, der Medizin und der Pädagogik. Dies charakterisiert die interdisziplinäre Arbeitsweise der Autoren, die einzig angemessen erscheint, um dem Phänomen weitgehend umfänglich gerecht werden zu können und effektive Hilfe unter Berücksichtigung möglichst vieler Interventionsalternativen beziehungsweise effektiver Kombinationsmöglichkeiten wissenschaftlich erörtern und zur Verfügung stellen zu können, wenngleich problemspezifisch durchaus Prioritäten gesetzt werden können und sollen. Eine zu einseitige Einschränkung auf ein Fachgebiet, die zudem vielleicht Interventionsmöglichkeiten anderer Disziplinen vorschnell abqualifiziert und vollkommen aus dem Spiel halten möchte, wird sich demgegenüber kaum als angemessen erweisen können. In einer weiteren Veröffentlichung aus dem Jahre 1985 in der Zeitschrift „Psychologie für die Praxis“ zur Thematik „Therapie von Konzentrationsstörungen im Kindesalter“ belegen BARCH-

9) „Enzephalopathie f. (neurol.) Sammelbegriff f. nichtentzündl. Erkrankungen od. Schädigungen des Gehirns unterschiedlicher Ätiol.“ (PSCHYRMBEL, 1990, S.450).

MANN, ETTRICH und KINZE (1985, S.143ff) nochmals explizit die Effektivität einer Intervention ohne jegliche medikamentöse Zusatztherapie, ohne medizinisch-physiologische Aspekte bei ihrer interdisziplinären Arbeitsweise allerdings unbeachtet zu lassen: „Bei der Behandlung von Konzentrationsstörungen muß den Kindern einerseits verdeutlicht werden, daß oberflächliches und flüchtiges Arbeiten zu fehlerhaften Ergebnissen führt, andererseits ist ihnen das Zutrauen zu vermitteln, diese Probleme durch eigene Leistungsmöglichkeiten lösen zu können“ (BARCHMANN, ETTRICH und KINZE, 1985, S.143). Die Autoren beziehen sich in diesem Zusammenhang unter anderem auf ihre vorgenannte Studie mit einer Stichprobe von 117 Kindern zwischen 7 und 11 Jahren (erste bis vierte Jahrgangsstufe). „Die Ergebnisse zeigen, daß sich die Konzentrationsleistungen der trainierten Kinder stärker verbessern, wobei die Divergenz von Versuchs- und Kontrollgruppe in der Katamnese (10) am überzeugendsten ist“ (BARCHMANN, ETTRICH und KINZE, 1985, S.149). Im Rahmen einer neueren Arbeit zeigen BARCHMANN und KINZE (1991, S.146) auf der Basis ihrer bisherigen interdisziplinären Forschungen nochmals die Möglichkeiten und Grenzen medikamentöser Interventionsmöglichkeiten bei Konzentrationsstörungen auf und kommen auch hier zum Ergebnis, „daß Stimulantien-Präparate unmittelbar die Leistungsquantität verbessern, während andere Psychopharmaka eher über eine Stabilisierung der Verhaltenssteuerung die Leistungsvorbedingungen beeinflussen. Eine gezielte Verbesserung der Leistungsqualität ist nur mit übenden Verfahren zu erreichen, so daß für eine effektive Therapie von Konzentrationsstörungen eine individuell angepaßte Kombination von pharmako- und psychotherapeutischen Verfahren nötig wird.“ Hinsichtlich der quantitativen Leistungsbeeinflussung ist anzumerken, daß „nicht die Reaktionszeiten als solche kürzer (werden), sondern die Kinder arbeiten insgesamt kontinuierlicher, unterbrechen seltener die Aufgabenbearbeitung und kommen so zu größerer Leistungsmenge bzw. insgesamt kürzerer Bearbeitungszeit“ (KINZE und BARCHMANN, 1991, S.149). Bei näherer Analyse vorgenannter qualitativer Leistungsverbesserungen zeigt sich demgegenüber, „daß die Verringerung der Fehlerzahl vorwiegend auf die Verbesserung der Leistungseinstellung, der Sorgfalt im Erfassen der Aufgabe bzw. der Diskrimination der Einzelmerkmale zurückzuführen ist“ (a.a.O., S.148f).

Im Zusammenhang mit einer besonderen Bedeutung der Sorgfaltskomponente bei Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen sei auch auf eigene Ergebnisse (LEITNER, 1983, 1991, 1995a) verwiesen, auf die BRIKKENKAMP (1994, S.12f und S.61) in der 1994er Auflage seines Aufmerksamkeits-Belastungstests („Test d2“) zum Teil hinweist.

KINZE und BARCHMANN (1991, S.148) sind der Meinung, daß der kontroverse Streit zwischen Verfechtern einer ausschließlich medikamentösen In-

10) „Katamnese (...) f: Bericht über e. Krankheit nach deren Beendigung u. weitere Beobachtung des Patienten.“ (ebd., S.832)

tervention und der Gegenseite „gegenwärtig die konstruktive Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen und Pädagogen (belastet). Darüber hinaus verunsichert er die Eltern und nötigt sie, sich einem der verfeindeten Lager anzuschließen, was den betroffenen Kindern die Chance sinnvoller Kombinationsbehandlung nimmt.“

3. Eine Kombination pädagogisch-psychologischer Verfahren mit einer Pharmakotherapie

Untersuchungsergebnisse belegen, daß eine effektive Intervention bei Konzentrationsstörungen im fortgeschrittenen Stadium eine spezifische Kombination pädagogisch-psychologischer Verfahren mit medikamentösen Indikationen erforderlich werden läßt. Eine entsprechende Kombination, deren Effektivität im Grundschulbereich umfassend empirisch belegt ist, stellen KINZE, BARCHMANN und ETTRICH (1985, S.14ff) unter anderem im Rahmen ihrer Veröffentlichung „Möglichkeiten der Therapie von Konzentrationsstörungen im Kindesalter“ in der Zeitschrift „Psychologie in Erziehung und Unterricht“ vor sowie KINZE und BARCHMANN (1991, S.148ff) im Rahmen des Beitrages „Therapie mit Psychopharmaka und ihre Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren“, woran sich meine Ausführungen zu diesem Vorgehen anlehnen. Auch BARCHMANN, KINZE und ROTH (1991, Vorwort ohne Seitenangabe) betonen ausdrücklich, das vorgestellte Konzentrations-Trainings-Programm (BARCHMANN, ETTRICH, KINZE und RESCHKE), dessen Grundlagen (Handbuch und Arbeitsheft) mir seit 1987 in einer 1986er Auflage aus einer Materialiensendung von BARCHMANN im Rahmen unseres damaligen innerdeutschen wissenschaftlichen Austauschs vorliegt, stelle einen wesentlichen Teil der kombinierten Gesamtintervention dar.

3.1. Pharmakotherapie als ein Teil einer individuellen Kombination mit pädagogisch-psychologischen Verfahren bei der Behandlung von Konzentrationsproblemen

Grundsätzlich gibt es hinsichtlich einer medikamentösen Intervention bei Konzentrationsproblemen zwei Möglichkeiten. Einerseits können Konzentrationsleistungen durch Stimulantien direkt beeinflußt werden, andererseits besteht die Möglichkeit psychomotorische Unruhe und individuelle affektive Störbarkeit mit Neuroleptika zu dämpfen und damit die Voraussetzungen für Konzentrationsleistungen dadurch indirekt zu verbessern. Vor allem bei der medikamentösen Therapie hyperkinetischer Kinder mit Konzentrationsproblemen stehen die Stimulantien eindeutig im Vordergrund. Stimulantien sind Präparate mit antriebssteigernden Effekten, die unterschiedlichen chemischen Stoffgruppen zugeordnet werden können und sich untereinander in der Intensität und Wirkungsdauer unterscheiden. Ritalin wurde davon bei Kindern am eingehendsten in breit angelegten klinischen Untersuchungen er-

probt. Die Verbesserung von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen konnte im Rahmen dieser Untersuchungen belegt werden, was sich vor allem auf den quantitativen Bereich auswirkt. Wenngleich die Reaktionszeiten dadurch nicht merklich kürzer werden, erreichen die Kinder dennoch durch kontinuierlichere Bearbeitung der Aufgaben höhere Leistungsmengen beziehungsweise kürzere Bearbeitungszeiten. Es ergeben sich dabei durchaus auch qualitative Leistungsverbesserungen (vgl. KINZE und BARCHMANN, 1991, S.148). Betrachtet man diese Ergebnisse genauer, so zeigt sich, daß diese Leistungsveränderungen vor allem durch eine bewirkte „Verbesserung der Leistungseinstellung, der Sorgfalt im Erfassen einer Aufgabe bzw. der Diskrimination der Einzelmerkmale zurückzuführen ist. Eine meßbare Steigerung der Intelligenz, der Denkfähigkeit als solcher ist mit Stimulantien offensichtlich nicht erreichbar“ (KINZE und BARCHMANN, 1991, S.148f). Eine Verbesserung der Gedächtnisfähigkeit ist dabei mittelbar über eine Verbesserung der Konzentrationsleistungen erreichbar. Befunde (beispielsweise von SWANSON und KINSBOURNE, 1976 zitiert a.a.O., S.149), nach denen Kinder Inhalte, die sie unter Stimulantienwirkung gelernt haben, optimal auch wieder nur unter Stimulantienwirkung wiedergeben können, sind umstritten. Nachuntersuchungen durch STEINHAUSEN et al. (1982 zitiert a.a.O.) sowie KINZE und BARCHMANN (1991, S.149) konnten dies nicht durchgehend bestätigen. Eine Verbesserung der Konzentrationsleistungen mit Stimulantien zeigt sich bereits bei äußerst geringen Dosierungen, wogegen höhere Indikationen auch weitere Aspekte des Verhaltens deutlich mitbeeinflussen. KINZE und BARCHMANN (1991, S.150) betonen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer möglichst differenzierten Sichtweise: „Nach anfänglich recht optimistischen Angaben, daß nahezu bei allen hyperkinetisch-impulsiven Kindern die psychomotorische Unruhe und die affektive Unausgeglichenheit unter Stimulantientherapie drastisch zurückgehen (WENDER, 1972/1976; EICHLSEDER, 1975), hat sich auf Grund umfangreicher Forschungen und klinischer Erfahrungsberichte eine differenzierte Sicht durchgesetzt (Übersichten siehe MARTINIUS, 1984; NISSEN, 1986; KINZE, 1986). Nur ein relativ kleiner Prozentsatz der hyperkinetischen Kinder, er liegt zwischen 10 und 20%, gehört zu den eigentlichen 'responders', die unter Stimulantien ihre Konzentrationsleistungen merklich steigern und zugleich bei höherer Dosierung an Hyperkinese und Impulsivität deutlich verlieren. Bei weiteren 30 - 50% der hyperkinetischen Kinder kommt es zwar zu einer leichten Steigerung der Konzentrationsleistungen, nicht jedoch zu einer wesentlichen Verbesserung des Verhaltens. Unter steigenden Dosen verschlechtern sich ihre Konzentrationsleistungen wieder, auch das Verhalten wird eher negativ beeinflusst. ... Bei etwa 10 -30% der hyperkinetischen Kinder kommt es unter Stimulantientherapie nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer Verschlechterung ihrer Konzentrationsleistungen, verbunden mit gesteigerter Hyperaktivität, Impulsivität und auch Aggressivität. Diese Gruppe der 'non responders' stellt eine Kontraindikation für die Stimulantientherapie dar.“ Interessante Einsichten haben Untersuchungen neurophysiologischer Teilaspekte in anatomische Strukturen beziehungsweise Funktionen beteiligter neurophysiologi-

scher Prozesse erbracht. Eine treffsichere Unterscheidung zwischen voraussichtlichen „responders“ und „non responders“ ergibt sich daraus allerdings nicht. Die Indikation einer erforderlichen Stimulantienbehandlung bleibt unter sorgfältiger Berücksichtigung individueller Bedingungen eine ärztliche Aufgabe. Therapieerfolge stellen sich bei Präparaten wie „Methylphenydat“ oder „Aponeuron“ erfahrungsgemäß relativ schnell ein oder sie bleiben mitunter auch ganz aus. „Wenn nicht innerhalb weniger Tage Besserungen eintreten, ist von einer weiteren Behandlung kein positiver Effekt zu erwarten. Sind mit den initial angewendeten geringen Dosierungen Besserungen zu erzielen, kann versucht werden, durch Dosissteigerung weitere Verbesserungen zu erreichen. Treten unter geringen Dosen keine positiven Veränderungen ein, ist von einer Dosissteigerung kein günstiger Effekt zu erwarten“ (KINZE und BARCHMANN, 1991, S.150). Eine weitere Stoffgruppe, die wie die Stimulantien zur Behandlung cerebraler Funktionsstörungen eingesetzt werden, sind die sogenannten Nootropika (11) (vgl. KINZE und BARCHMANN, 1991, S.151). „Auch diese Präparate, wie z.B. Enzephabol, Nootrop (Piracetam), Cerutil, Orotsäure u.a., sind bei konzentrationsgestörten Kindern eingesetzt worden, zumal in Lernexperimenten bei Tieren durchaus leistungssteigernde Effekte nachgewiesen wurden. Bei Kindern sind jedoch trotz relativ umfangreicher klinisch-psychologischer Erhebungen keine ausreichend sicherbaren Leistungsverbesserungen zu belegen“ (a.a.O.). Klinischen Erfahrungen zufolge zeigte es sich, daß sich impulsive, hyperaktive sowie aggressive Kinder durch gering dosierte Neuroleptika durchaus positiv beeinflussen ließen. Zu den Neuroleptika im engeren Sinne zählen Aolept, Haloperidol, Propaphenin und Prothazin (vgl. KINZE und BARCHMANN, 1991, S.152). Relativ wenig veröffentlichte Erfahrungsberichte liegen über den Einsatz der Antidepressiva (12) Pryleugan und Amitriptylin vor, die bei hyperkinetischen Kindern zur psychomotorischen Dämpfung und affektiven Stabilisierung mitunter ebenfalls eingesetzt werden. Auch hier sind Nachweisprobleme hinsichtlich eindeutiger Relationen zwischen den indizierten Präparaten und nachfolgenden psychischen Veränderungen nicht von der Hand zu weisen. Vor allem die Nebenwirkungen sind es, die eine Pharmakotherapie mitunter ausschließen können. KINZE und BARCHMANN (1991, S.151 und 153) fordern vor allem aus diesem Grund grundsätzlich eine zweigleisige Überwachung: „1. Die Effektivität ist klinisch zu ermitteln, wobei zuvor die Therapieziele ausreichend detailliert und für alle am Therapieprozeß Beteiligten, also Eltern, Kind und Lehrer, begreifbar zu formulieren sind. Nur so ist einerseits übertriebenen Erwartungen vorzubeu-

11) „Nootropika n pl: sog. Neurotropika; Bez. für Medikamente, die durch Steigerung der zerebralen Durchblutung u. des Hirnstoffwechsels zu einer Verbesserung der Hirnleistung im Alter führen sollen“ (ebd., S.1184).

12) „Antidepressiva n pl: antriebssteigernd, stimmungsaufhellend (...) od. anxiolytisch u. antriebsdämpfend wirkende Psychopharmaka, die v.a. in der Ther. der endogenen u. psychogenen Depression Verw. finden.“ (ebd., S.90).

gen, und nur so ist andererseits zu verhindern, daß erreichte Teilerfolge übersehen werden. ... 2. Das rechtzeitige Erfassen von Nebenwirkungen ist auch bei .. Psychopharmaka mehr an solche Verhaltensbeobachtungen gebunden“ (S.153). Diese frühzeitige Erfassung ist sehr bedeutsam, wenngleich Begleiterscheinungen wie Akkomodationsstörungen, Miktionsstörungen (13), Mundtrockenheit, Obstipation (14) und Sensibilisierung gegenüber Sonnenlicht geringfügig sind und weitgehend nur in der Anfangsphase auftreten. Eine wichtige Rolle spielt hierbei insbesondere auch die regelmäßige Kontrolle der Grundstimmung, des Schlafrhythmus sowie des Gewichtes und der Körperlänge. Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung im Hinblick auf die Erlebnisfähigkeit und seine Auseinandersetzung mit der Umwelt sowie Aspekte einer eventuellen Abhängigkeit und Auswirkungen im somatischen Bereich (beispielsweise Längenwachstum) gilt es zweifelsohne zu beachten und kritisch zu überwachen. Auf der anderen Seite bin ich mit KINZE und BARCHMANN (1991, S.154) der Meinung, daß bei einer solchermaßen behutsamen und umsichtigen Vorgehensweise die Möglichkeiten einer Pharmakotherapie bei Konzentrationsproblemen im Kindesalter zumal in Kombination mit pädagogischen und psychologischen Maßnahmen im Bedarfsfalle nicht ungenutzt bleiben sollten.

3.2. Pädagogisch-psychologische Übungsprogramme als Elemente einer Kombinationsbehandlung: das Konzentrations-Trainings-Programm (KTP) von BARCHMANN, KINZE, ETTRICH und RESCHKE

Eine medikamentöse Therapie sollte immer eine Kombinationsbehandlung sein, die in der Praxis mit einer Beratung verbunden ist und gegebenenfalls zu veränderten Umgangsbedingungen und Erwartungshaltungen auf der Seite der Bezugspersonen des Kindes führt. In diesem Sinne können sich auch medizinische-pharmakotherapeutische und pädagogisch-psychologische Interventionen nicht gegenseitig ausschließen, sondern sie sollten vielmehr einander ergänzen. Effektives Bemühen basiert vor allem auf einem Miteinander aller an der Gesamtintervention Beteiligten im Sinne eines kooperativen und intergrativen Bemühens um die Lösung der Problematik (vgl. KINZE und BARCHMANN, 1991, S.154ff). Ein wesentlicher Teilaspekt einer solchen Kombinationsbehandlung sind pädagogisch-psychologische Übungsprogramme. Bereits in früheren Veröffentlichungen, unter anderem KINZE, BARCHMANN und ETTRICH (1985, S.16f) beziehungsweise

13) „Miktion (lat. mictio Wasserlassen) f: Harnlassen, Blasenentleerung.“ (ebd., S.1066)

14) „Obstipation (lat. ob dagegen; stipare stopfen) f: syn. Konstipation, Obstructio alvi; Stuhlverstopfung, verzögerte Kotentleerung;“ (ebd., S.1194).

BARCHMANN, ETTRICH und KINZE (1985, S.145ff), aber auch in neueren Abhandlungen (KINZE und BARCHMANN, 1991, S.154ff) wird auf das Konzentrations-Trainings-Programm (KTP) von BARCHMANN, ETTRICH, KINZE und RESCHKE (1986 und neuere Auflagen) als effektive Kombinationsmöglichkeit verwiesen. Materialien und Handbuch dieses zum damaligen Zeitpunkt im Westen noch weitgehend unbekannten „Therapieprogramms für Kinder von 6 bis 10“ übermittelte mir BARCHMANN im Jahre 1987 im Zuge unseres wissenschaftlichen Austauschs.

Theoretische Grundlegung des KTP

Das Programm geht auf eine verhaltenstherapeutische Grundlegung von KUHLEN (1972) zurück, wobei die Reduktion inadäquaten Verhaltens und der Aufbau adäquaten Verhaltens miteinander kombiniert werden. Den Kindern wird dabei einerseits verdeutlicht, daß sie durch oberflächliches und flüchtiges Arbeiten fehlerhafte Ergebnisse erzielen. Auf der anderen Seite geht es auch darum, ihnen Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten dahingehend zu vermitteln, Schwierigkeiten durch Leistungsmöglichkeiten erfolgreich begegnen zu können, die von ihnen erlernbar sind, wenngleich ein reflektierender Bezug im Sinne eines echten Problembewußtseins bei dieser Altersgruppe natürlich erst angebahnt werden kann. Dabei ist es aber möglich, den Kindern die Ursachen für ihre Fehler und Schwierigkeiten anhand konkreter Beispiele aufzuzeigen und bei einer Selbstkorrektur im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Subsidiaritätsprinzip) Unterstützung zu geben. Hierzu stehen Übungen zur Verfügung, die zwar keine hohen intellektuellen Anforderungen an die Kinder stellen, wohl aber konzentrierte Aufmerksamkeit und beharrliches aktives Bemühen verlangen. Unter verhaltenstherapeutischer Sichtweise wird am Anfang die sukzessive Approximation (graduelle Annäherung) aktuellen Verhaltens an den Zielzustand („shaping“) angestrebt und gezielt verstärkt. Mit zunehmender Festigung erfolgt im weiteren Verlauf ein behutsames Ausblenden der positiven Verstärkung („fading“), wogegen in dieser Phase auch kritische Bemerkungen in Form aversiver Kontrolle zunehmend Bedeutung für die Verhaltenssteuerung erlangen. Hierbei sind auch Bestandteile der Selbstinstruktion beziehungsweise Selbstverbalisation in Anlehnung an MEICHENBAUM (1979, vgl. KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.16) von Bedeutung. Die Sorgfaltsleistungen verbessern sich dabei deutlich, wenn es gelingt (beispielsweise als „Geheimtip“) die Kinder zu innerem Sprechen in Form „verbaler Selbstanweisungen“ zu bringen. Für das Kind ist das erlebte Gefühl wichtig, „daß etwas um seinetwillen geschieht, daß es grundsätzlich selbst über die Fähigkeit zur Aufgabenlösung verfügt und daß gemachte Fehler nicht persönliche Niederlagen, sondern Lernmöglichkeiten für zukünftig erfolgreiches Arbeiten darstellen“ (a.a.O.). Hier spielt die kontinuierliche, sorgfältige und wohlüberlegte Bemühung um die Lösung unter Ausnützung der hier großzügig bemessenen Zeit eine sehr wichtige Rolle. KINZE, BARCHMANN und ETTRICH weisen in diesem Zusammenhang auf NICKEL (1975) hin, der diese für den Lernerfolg entscheidenden emotionalen und motivationalen Faktoren herausgearbeitet hat. Hierdurch gehe ein solches

Übungsprogramm über ausschließlich symptomorientierte Verfahren hinaus und erhalte eine „Türöffnerfunktion“ (vgl. KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.16) auch für weitergehende therapeutische Bemühungen, was gerade im Sinne einer Kombinationsbehandlung sehr bedeutsam ist.

Beschreibung und Vorgehen beim KTP

Jeweils am Vormittag wird das KTP statt einer Schulstunde in Kleingruppen von drei bis fünf Kindern der gleichen Klassenstufe durchgeführt. Die Durchführung wird von Ärzten und Psychologen vorgenommen (vgl. KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.16f): „Das KTP besteht aus einer Serie von Aufgaben für insgesamt 20 Tage. Da an den Wochenenden nicht trainiert wird, umfaßt eine Trainingsperiode insgesamt vier Wochen. Die Aufgaben sind vielseitig, wechseln stets und stellen Anforderungen an verschiedene Sinnesgebiete. Komplexität und Abstraktionsgrad nehmen im Verlauf des Trainings zu. Zur Berücksichtigung der Altersbesonderheiten wurden zwei Programme für die 1. und 2. bzw. die 3. und 4. Klasse entwickelt, die sich nur in Bezug auf die intellektuellen Anforderungen unterscheiden. Material und Durchführung der Aufgaben sind im jeweiligen Tagesprogramm einschließlich der Punktebewertungen festgelegt, so daß die Durchführung methodisch gleichartig und von einem im Umgang mit Kindern erfahrenen Therapeuten rasch erlernbar ist. Jede Aufgabe wird nach ihrer Lösung sofort mit den Kindern ausgewertet, richtige Lösungen hervorgehoben und Fehler analysiert. Die erhaltenen Punkte tragen die Kinder selbständig in ihr Übersichtsblatt ein. Nach jeweils 10 Tagen erfolgt eine zusammenfassende Wertung im Rahmen einer den Wünschen der Kinder entsprechenden Extraveranstaltung.“ Das Aufgabenrepertoire besteht aus Suchbildern, Perlenfädeln, Labyrinthen, Durchstreichübungen und Ergänzungen, Bildvergleichen, Gedächtnisübungen und Kopfrechnen sowie Puzzle-Spielen. Am Anfang jeder Trainingseinheit erfolgt ein kurzer Rückblick auf die vorherigen Aufgaben und die damit gemachten Erfahrungen. Hierbei wird versucht, die Kinder in eine Diskussion über verschiedene Arbeitsstile und Lösungsalternativen einzubeziehen, wobei sie unter anderem gefragt werden, wie sie selbst eine bestimmte Aufgabe lösen würden oder welchen Rat sie anderen Kindern geben könnten, damit diese mit der Aufgabe zurechtkommen. Die für das systematische Arbeiten in diesem Sinne benötigten vier Teilschritte werden den Kindern nahegebracht: „(1) Problembestimmung - Was soll ich tun? Z.B. 'Unterschiede zwischen Bildern herausfinden'. (2) Art der Ausführung - Wie soll ich es tun? Z.B. 'Teil für Teil vergleichen'. (3) Aufgabenbezogene Selbstanweisung - z.B. 'sieht dieser Baum genauso aus wie jener Baum?' (4) Selbständige Überprüfung der Ergebnisse - z.B. 'Ist alles richtig? Fehlt nichts?'“ (KINZE, BARCHMANN und ETTRICH, 1985, S.17). KINZE und BARCHMANN (1991, S.148ff) zeigen anhand empirischer Befunde auf, wie sich das Konzentrations-Trainings-Programm (KTP) von BARCHMANN, ETTRICH, KINZE und RESCHKE auch im Rahmen einer Kombinationsbehandlung mit Psychopharmaka bewährt und in welcher Weise sich eine übergreifende interdisziplinär ausgerichtete Arbeitsweise in Pädagogik, Medizin und Psychologie durchsetzt.

4. Ernährung und ganzheitliche Sichtweise: Exkurs

Vor einer abschließenden Zusammenschau von Erkenntnissen im Zusammenhang mit interdisziplinären Interventionsmöglichkeiten sollen im Rahmen eines Exkurses spezifische Diätformen und der oft auch damit in Zusammenhang gebrachte Aspekt der Ganzheitlichkeit auch unter dem Blickwinkel einer zunehmenden Reizüberflutung der Kinder bereits im Grundschulalter im Zusammenhang mit der vorliegenden Problematik explizit kurz angesprochen werden.

4.1. Zum Einsatz besonderer Diätformen

Über besondere Diätformen bei Konzentrationsproblemen und Hyperaktivität ließe sich viel berichten. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit bei zu umfassender Berücksichtigung aber bei weitem sprengen. Eine ausführliche und sehr detaillierte Übersicht über diverse Diätformen bezüglich dieser Problematik im Hinblick unter anderem auf folgende spezifische Ansätze findet sich bei EICHLSEDER: „1. Additivfreie Diät (FEINGOLD 1975). 2. Allergenarme Kost (SHANNON 1922). 3. Phosphatreduzierte Ernährung (HAFFER 1975). 4. Reduktion oder Austausch von Zucker“ (EICHLSEDER, 1987, S.192). Besonderen Diätformen liegt die Vorstellung zugrunde, daß insbesondere hyperkinetische Kinder gegenüber bestimmten Eiweißverbindungen beziehungsweise Nahrungsmittelphosphaten allergisch reagieren. Dies führt über spezifische Stoffwechselprodukte, die auch neuronale Transmitterprozesse beeinflussen, zu Leistungsveränderungen und auch häufig zu Verhaltensauffälligkeiten. Therapieerfolge werden mitunter bei der konsequenten Anwendung einer entsprechend phosphatarmen beziehungsweise aminosäurenreduzierten Diätform berichtet. KINZE und BARCHMANN (1991, S.151) sind dabei der Überzeugung, daß es „jedoch noch an ausreichend exakten Vergleichsuntersuchungen (fehlt), so daß insgesamt die bisherigen Erfolge noch nicht überzeugen.“ Der Aufwand ist dabei nicht unerheblich und bringt einige Einschränkungen für das Kind und für die gesamte Familie mit sich. Die meisten der üblichen Nahrungsmittel und Süßigkeiten müssen vermieden beziehungsweise entsprechend ersetzt werden. Aufwand sollte natürlich bei Interventionsmaßnahmen keine Rolle spielen, wenn dieser den Erfolg tatsächlich rechtfertigt. In diesem Bereich sind aber noch einige Untersuchungen erforderlich, um offensichtliche Erfolge wissenschaftlich abzusichern. Interessant wäre es auch, den Einfluß einer Heißfastenkur auf das Aufmerksamkeits- und Konzentrationsverhalten näher zu untersuchen. Was Therapieerfolge bei speziellen Diätformen anbetrifft, so wird auch häufig die Vermutung geäußert, daß die dadurch praktizierte vermehrte Zuwendung als „dritte“ intervenierende Variable einen für den Therapieerfolg ganz entscheidenden Einfluß ausübt. Zusammenfassend läßt sich auch hierzu sagen, daß in diesem Bereich noch vieles abzuklären wäre und dies sicher nur auf der Basis interdisziplinärer Zusammenarbeit geleistet werden kann, die offensichtlich in der Vergangenheit nicht ausnahmslos in der erforderlichen Weise praktiziert wurde. Umso erfreulicher ist die immer mehr

sichtbar werdende Durchsetzung interdisziplinärer Kooperation auf dem Gebiet weiterführender Forschung.

4.2. Zum Aspekt der Ganzheitlichkeit

Interdisziplinäre Ansätze werden nicht selten ganz bewußt vor dem Hintergrund einer ganzheitlichen Sichtweise entwickelt. „Jeder Mensch ist vom Beginn seines Existenzwerdens an Person. Als solche ist er eine Einheit aus Körper, Seele und Geist. Einmaligkeit, Unteilbarkeit, Wille, Entscheidungsfreiheit, Verantwortlichkeit sind Hauptmerkmale der Person als Individuum“ (ORTNER, 1990, S.70). Die Ausrichtung auf den ganzen Menschen als Einheit aus Körper, Seele und Geist als unteilbares und einzigartiges Individuum erscheint vor diesem Hintergrund auch bei der Diagnose und Förderung der Aufmerksamkeit und Konzentration eine wichtige Rolle spielen, sind diese Aspekte doch ihrerseits eingebettet in die Gesamtpersönlichkeit und letztlich niemals isoliert zu sehen. Ausgehend von diesen Überlegungen will ich vor einer Zusammenfassung der vorstehenden Ergebnisse auch diesen Gesichtspunkt unter Rückgriff auf Ansätze von ENGLBRECHT (1992), FREITAG (1990) und HOLLUNDER (1991) exemplarisch anreißen. Der Aspekt der Ganzheitlichkeit wird bei ENGLBRECHT (1992, S.7) hervorgehoben, wenn er im Hinblick auf die „Förderung von Konzentration und Entspannung, Stille und Besinnung“ folgendes ausführt: „Gerade in unserer von Hektik geprägten Zeit müssen wir in der Schule Räume schaffen, in denen konzentriertes Arbeiten möglich wird. Dabei ist zu beachten, daß Konzentration umso eher möglich ist, je mehr es gelingt, eine insgesamt positive Lernatmosphäre zu schaffen, in der Phasen der Ruhe und Besinnung zur Gewohnheit werden. Darüber wird Konzentration nicht einfach durch oftmaliges Durchführen von Konzentrationsübungen erreicht. Vielmehr werden mit unterschiedlichen Zielgruppen in verschiedenen Situationen in einem ganzheitlichen Sinn Möglichkeiten gesucht, Konzentration in der Schule zu einem Thema zu machen“ (ENGLBRECHT, 1992, S.7f). Den Aspekt der Ganzheitlichkeit betont ENGLBRECHT im Rahmen seiner Einbettung solcher Möglichkeiten in einen Gesamtzusammenhang mit vielfältigen wechselseitigen Interaktionen. „Als sehr wesentlich und notwendig erachte ich es, daß wir in einer von Reizüberflutung geprägten Kindheit Kindern in der Schule Inseln der Ruhe ermöglichen und Stille, Reflexion und Besinnung in den Mittelpunkt rücken. Eine Vertiefung bieten meditative Übungen und Phantasieereien. Erfahrungen zeigen, daß die überwiegende Mehrzahl der Kinder Ruhe und Stille genießt. Die meditativen Übungen lassen sich sehr gut in den Unterricht einbauen, eignen sich aber auch als Einstieg oder Abschluß eines Unterrichtsvormittags. Wichtig ist, daß die Kinder behutsam in die Meditation eingeführt werden und daß die Lehrerin selbst Erfahrung mit meditativen Übungen hat.“ (a.a.O.) FREITAG (1990) versucht „ganzheitliche“ Aspekte im Rahmen seines Konzentrationstrainings durch die Einbeziehung spezifischer Grundbestandteile in Form von Körperübungen, Entspannung mit Musik, Übungselementen in Form von Arbeitsblättern und Vorschlägen für die

Elternarbeit umzusetzen. Anlässlich des Symposions „25 Jahre Schulberatung in Bayern“ stellte HOLLUNDER (1991, S.159ff) an der Akademie für Lehrerfortbildung in Dillingen sein „Konzentrationstraining in der Schule als ganzheitliche(n) Ansatz“ vor und äußerte sich in diesem Zusammenhang zum Begriff der Ganzheitlichkeit folgendermaßen: „Konzentration stellt sich als Begleitphänomen ein, wenn es uns gelingt, unsere Aufmerksamkeit mit all unseren Fähigkeiten und Kräften ungeteilt auf ein Objekt/Ziel zu richten. Das erfordert den ganzen Menschen als Leib-Geist-Seele-Einheit. So ist es nicht nur sinnvoll, sondern auch notwendig, den ganzen Menschen in ein 'ganzheitliches Konzentrationstraining' einzubeziehen“ (HOLLUNDER, 1991, S.168). Den Begriff der Ganzheitlichkeit versteht HOLLUNDER (a.a.O.) dabei in dreifacher Weise: „1. 'Ganzheitlichkeit geht davon aus, daß der Mensch nicht als Teilpersönlichkeit fühlt, denkt und handelt, sondern mit all seinen körperlichen, geistigen und seelischen Kräften und Fähigkeiten. 2. Es ist daher nur konsequent, auf ein in sich stimmiges, integriertes und aufeinander abgestimmtes Lernen hinzuwirken, in das die Erkenntnisse der Wirkungsweisen von Denkgesetzen ebenso einbezogen werden, wie die Erkenntnisse der logischen und strukturellen Gesetzmäßigkeiten auf Wahrnehmung und deren Empfindung und Verarbeitung. 3. Ganzheitlichkeit schließt die individuellen und sozialen Fähigkeiten und Bedürfnisse ein. Gerade sie erweisen sich nicht zuletzt als Auslöser und Motor, aber auch als Bremser und Verhinderer von Lernprozessen.“ Dieser ganzheitliche Ansatz beim Konzentrationstraining ist dabei mit seinen verschiedenen Übungen vorrangig nicht direkt darauf ausgerichtet individuelle Defizite abzubauen. Vielmehr soll ein Bewußtwerdungsprozeß der individuellen Wahrnehmung, des Denkens und Empfindens über die Bereiche Entspannung, Wahrnehmung, Gedächtnis und logisches Denken sowie Lerntechnik und Lernorganisation angebahnt und verstärkt werden. Dadurch soll ein neuer bewußter und motivierender Zugang zum Lernen geschaffen werden, der sich vor allem durch Eigeninitiative und Eigenverantwortung auszeichnet (vgl. HOLLUNDER, 1991, S.169). „Damit wird gleichzeitig auch deutlich, daß sich 'Ganzheitlichkeit' nicht auf kognitive Prozesse beschränkt, sondern die Gesamtpersönlichkeit des Übenden auf eine positive Veränderung hin begleitet, auch wenn vordergründig 'nur' ein erfolgreicherer Lernverhalten anvisiert wird“ (HOLLUNDER, 1991, S.169). Die Trainingsabfolge vollzieht sich über vier Übungsphasen: „Entspannungs- und Bewußtheitstraining“, „Wahrnehmungstraining“, „Gedächtnis- und logische(m) Denktraining“ sowie „Lern- und Lernorganisationstraining“. HOLLUNDER (1991, S.187) verdeutlicht auch „das Zusammenwirken der Trainingsinhalte und ihre ganzheitliche Wirkung“ und setzt sich mit den „Grenzen des 'ganzheitlichen Konzentrationstrainings'“ auseinander.

Derartige Aspekte erscheinen als „Gegenpol“ auch unter dem Blickwinkel einer für Konzentrationsprobleme zunehmend verantwortlich gemachten Reizüberflutung vor allem auch durch vermehrt unkontrollierbaren Medienkonsum unserer Kinder wichtig zu sein.

VOGLER (1976) untersuchte im Rahmen ihrer Dissertation an der Universität Wien Fernsehgewohnheiten von Kindern beziehungsweise Auswirkungen von Fernsehkonsum auf Kreativität, Wissen und auch auf das Konzentrationsverhalten. Ihre Versuchspersonen waren 80 Jungen und 110 Mädchen der vierten Jahrgangsstufe. Anhand des Fernsehprogramms führten die Kinder drei Wochen lang Aufzeichnungen über ihren jeweiligen Fernsehkonsum. Darüberhinaus wurden allgemeine Fernsehgewohnheiten und weitere persönliche Daten registriert. Kreativität, Wissen und Konzentration wurden als abhängige Variablen mit dem „Test d2“ (BRICKENKAMP), einem Wissensfragebogen und den „Torrance-Tests of Creative Thinking“ erhoben. Die Klassenlehrer stuften die Schüler auf den genannten drei Dimensionen ein. Es konnte bei dieser Untersuchung noch nicht hinreichend bestätigt werden, daß das Fernsehen die Ursache für Konzentrationsstörungen ist. Demgegenüber zeigte ein hoher Fernsehkonsum deutlich negative Auswirkung auf figurale Kreativität und auch im Bereich der verbalen Kreativität war eine Beeinträchtigung der Flexibilität zu verzeichnen.

Hinsichtlich des Wissens wurde unabhängig von sozialer Schichtzugehörigkeit ein negativer Zusammenhang mit dem Fernsehkonsum ermittelt. Das Wirksamwerden positiver Effekte des Fernsehens auf die kindliche Entwicklung wurde vor allem mit adäquatem Angebot echter Freizeitalternativen und entsprechendem Vorbildverhalten der Eltern in Zusammenhang gebracht. Seit dieser Untersuchung hat sich die Medienlandschaft in Europa erheblich verändert, so daß Replikationsstudien unter Berücksichtigung quantitativ und qualitativ variierten Bedingungsfaktoren, die in hinreichendem Maße noch nicht vorliegen, wichtige Aufschlüsse auch im Hinblick auf die Notwendigkeit vorstehend angedeuteter Interventionsmöglichkeiten erbringen könnten, die gegebenenfalls auch über präventive und kurative ganzheitliche Ansätze ein Gegengewicht schaffen.

5. Interdisziplinäre Behandlungsansätze: eine Zusammenfassung wichtiger Erkenntnisse

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse machen deutlich, daß eine effektive Intervention bei Konzentrationsstörungen im fortgeschrittenen Stadium zugrundeliegender Handlungsmöglichkeiten eine spezifische Kombination pädagogisch-psychologischer Verfahren mit medikamentösen Indikationen erforderlich macht. Die Effektivität einer solchen Kombinationsbehandlung ist im Schulbereich empirisch belegt (vgl. KINZE, BARCHMANN und ET-TRICH, 1985, S.14ff sowie KINZE und BARCHMANN, 1991, S.148ff).

Eine optimierte Verbesserung der Leistungsqualität ist nur im Zusammenwirken mit pädagogischen-psychologischen Übungsprogrammen erreichbar, weshalb für eine effektive Therapie von Konzentrationsstörungen auch unter Einbeziehung einer Pharmakotherapie eine individuell angepaßte Kombinationsbehandlung mit pädagogisch-psychologischen Übungsprogrammen insbesondere auch im Rahmen einer „interventionsgeleiteten Ein-

zelfallhilfe“ (vgl. LEITNER, 1994, S.16ff) erforderlich ist. Die kontroverse Auseinandersetzung zwischen Anhängern einer ausschließlich medikamentösen Intervention und der Gegenseite beeinträchtigt eine konstruktive Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen und Pädagogen und verunsichert die Eltern. Darüberhinaus sehen sich diese oftmals dazu gedrängt sich einer Extremposition anzuschließen, was betroffenen Kindern die Chance einer effektiven Kombinationsbehandlung nehmen kann. (Vgl. KINZE und BARCHMANN 1991, S.148).

Eine medikamentöse Therapie sollte eine Kombinationsbehandlung sein, die in der Praxis mit einer Beratung verbunden ist und gegebenenfalls auf veränderte Umgangsbedingungen und Erwartungshaltungen auf der Seite der Bezugspersonen des Kindes abzielt. Medizinisch-pharmakotherapeutische und pädagogisch-psychologische Interventionen sollten sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern einander ergänzen. Ein solches Konzept beruht auf einem kooperativen Miteinander aller an der Gesamtintervention Beteiligten im Sinne eines integrativen Bemühens um die Lösung einer umfassenden Problematik (vgl. KINZE und BARCHMANN, 1991, S.154ff).

An die kooperationsgeleitete Pionierarbeit im Rahmen der Schulberatung von EKE, einem im Juli 1994 verstorbenen oberfränkischen Schulpsychologen, sei an dieser Stelle erinnert (vgl. LEITNER, 1995b).

6. Ausblick

Eine interdisziplinäre Sicht- und Arbeitsweise auf der Basis von Pädagogik, Psychologie und Medizin dürfte auf Grund der vorliegenden Ergebnisse für unumgänglich zu halten sein. Interventionen dieser Bereiche stehen dabei nicht isoliert nebeneinander, sondern greifen gleichberechtigt ineinander. Dies bedeutet nicht, daß der Therapeut Fachmann auf allen drei Gebieten sein müßte. Erforderlich ist vielmehr ein Expertenteam mit der Bereitschaft zur Kooperation auf allen Gebieten, wobei jeder Experte Fachmann für einen Teilbereich ist und in kooperativer Aufgeschlossenheit anderen Bereichen gegenübersteht, in denen er über interdisziplinäre Grundkenntnisse verfügen sollte. Vorliegende Untersuchungen bestätigen die Effektivität der Arbeitsweise solcher Expertenteams (15).

Wenn pädagogische Maßnahmen auf der Basis pädagogischer Konzeptionen wie Freiarbeit, Themenzentrierter Interaktion und meditativer Ansätze im Unterricht vollumfänglich ausgeschöpft wurden und keine hinreichenden Verbesserungen erbringen, sind diese mit spezifischen pädagogisch-psy-

15) Die Effektivität von Expertenteams läßt sich durch eigene Erfahrungen auch im Schulamtsbezirk Kulmbach (Schulpsychologischer Dienst) bestätigen. BALZE-REIT, HETZ, MEYER, SCHMITT, VON RAMIN und andere gaben hier im innerschulischen Bereich einer interdisziplinär ausgerichteten schulpsychologischen Beratung in der Aufbauphase wesentliche Impulse für eine kooperationsgeleitete Zusammenarbeit auch mit außerschulischen Einrichtungen.

chologischen Interventionen auch im Rahmen spezifischer Möglichkeiten der Einzelfallhilfe systematisch zu kombinieren. Sollte auch dadurch keine effektive Verbesserung erzielt werden, kommen medizinische Interventionen hinzu, ohne daß pädagogische und pädagogisch-psychologische Maßnahmen vollkommen ausgeblendet werden. Medizinische Interventionen spielen im Rahmen von Kombinationsbehandlungen eine wichtige Rolle. Das Repertoire aller Interventionsmöglichkeiten steht von Anfang an im Blickpunkt möglicher Hilfen (vgl. LEITNER, 1995c).

Wenn die Maßnahmen einer pädagogischen Analyse und Förderung ausgeschöpft wurden und nicht hinreichend greifen, sind psychologische und medizinische Interventionen zwingend erforderlich (vgl. KLEBER, 1991, S.170ff; BARCHMANN, KINZE und ROTH, 1991, S.146f; LEITNER, 1994, S.16ff).

In der praktischen Betreuung ergeben sich vielfältige interdisziplinäre Berührungspunkte und auch Überlappungen, wie BARCHMANN, KINZE und ROTH (1991, S.146) betonen, die nicht zu einem „konkurrierenden Nebeneinander“, sondern zu einem „konstruktiven Miteinander“ führen sollten.

Literatur

- BARCHMANN, H., ETTRICH, K.U., KINZE, W. und RESCHKE, K., Konzentrationstraining. Ein Therapieprogramm für Kinder von 6 bis 10. Leipzig 1986.
- BARCHMANN, H., ETTRICH, K.U., und KINZE, W., Therapie von Konzentrationsstörungen im Kindesalter. In: Psychologie für die Praxis 2 (1985), S.143-149.
- BARCHMANN, H. und KINZE, W., Musik bei Schulaufgaben - Anregung oder Störung? Vorabdruck.
- BARCHMANN, H. und KINZE, W., Bedeutung von Geschlecht und Einschulungstermin auf den Schulerfolg im Grundschulalter. Ärztl. Jugendkd. 78 (1987), S.316-324.
- BARCHMANN, H. und KINZE, W., Kinder mit guten und schlechten Konzentrationsleistungen im Vergleich. Psychol. Erz. Unterr. 36 (1989), S.229-232.
- BARCHMANN, H. und KINZE, W., Kinder mit überdurchschnittlicher Konzentrationsfähigkeit. In: BARCHMANN, H., et al. Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter. Berlin 1991, S.89-99.
- BARCHMANN, H. und KINZE, W., Unterschiede in der Beurteilung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten zwischen verschiedenen Bezugspersonen. In: Z. ärztl. Fortbildung 79 (1985), S.1018-1020.
- BARCHMANN, H., KINZE, W. und ETTRICH, K.U., Die Bedeutung der „motometrischen Entwicklungsdiagnostik“ nach Kurth für die Kinderneuropsychiatric. In: Psychologie für die Praxis 1 (1986), S.58-63.
- BARCHMANN, H., KINZE, W., und ROTH, N., Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter. Berlin 1991.
- BERG, D., Konzentrationsschwierigkeiten bei Schulkindern. In: HORN, R., et al. Tests und Trends 6. München 1987, S.65-102.
- BLANK, R. und REMSCHMIDT, H., Subgruppen hyperkinetischer Störungen - explorative Untersuchungen unter Berücksichtigung von Fragebogenverfahren und immunologischen Parametern. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1992, 20 (1), S.34-45.

- BRICKENKAMP, R., Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Göttingen 1975.
- BRICKENKAMP, R., Erster Ergänzungsband zum Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Göttingen 1983.
- BRICKENKAMP, R., Test d2. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Göttingen 1994.
- BRYNES, M., Korrespondenz. Cranston/USA 1994.
- DORSCH, F., HÄCKER, H. und STAPF, K.-H., Psychologisches Wörterbuch. Bern 1987.
- EICHLSEDER, W., Unkonzentriert? Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern. München 1987.
- EICHLSEDER, W., Psychopharmaka viel besser als Psychologen. In: Medical Tribune, Nr. 45, 11/1988, S.4-5.
- EICHLSEDER, W., Zur Behandlung konzentrationsgestörter hyperaktiver Kinder mit di-Amphetamin. Tägliche Praxis, 16, 1975, S. 563-577.
- ENGLBRECHT, A., Vorbeugen statt reparieren. Individuelle Förderung als zentrale Aufgabe der Grundschule. In: Grundschulmagazin 7, 3 (1992), S.4-6.
- ENGLBRECHT, A., Grundlegende Lerntechniken fördern. Zur Praxis einer präventiven Didaktik. In Grundschulmagazin 7, 3 (1992), S.7-10.
- ETTRICH, K.U., Zur Entwicklung von Konzentrationsleistungen im Kleinkind und Vorschulalter. In: BARCHMANN, H., et al. Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter. Berlin 1991, S.81-88.
- FLITNER, A., Schulkindheit heute in West und Ost. In: Grundschule 24, 10 (1992), S.62-66.
- FRANZ, M., SCHELLBERG, D., REISTER, G. und SCHEPANK, H., Häufigkeit und Verlaufsscharakteristika neurologisch relevanter psychogener Symptome. In: Der Nervenarzt, 1993, 64 (6), S.369-376.
- FREITAG, H.-J., Konzentration - ein Kinderspiel. Regensburg 1990.
- HÖRMANN, G., Verhaltensstörungen im frühen Lebensalter. In: HÖRMANN, G., KÖRNER, W., Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Reinbek bei Hamburg 1991, S.259-279.
- HOLLUNDER, R., Konzentrationstraining in der Schule als ganzheitlicher Ansatz. In: 25 Jahre Schulberatung in Bayern. Dokumentation des Symposiums an der Akademie für Lehrerfortbildung. Dillingen 1991, S. 159-196.
- HÖRMANN, G., KÖRNER, W., Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch. Reinbek bei Hamburg 1991.
- KLEBER, E., Die Vielgesichtigkeit der Konzentrationsprobleme im pädagogischen Feld und Maßnahmen zur Abhilfe. In: BARCHMANN, H., et al. Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter. Berlin 1991, S.170-176.
- KLEIN, L., Zur Wirksamkeit einer phosphatreduzierten Ernährung bei hyperaktiven Kindern. In: Sonderpädagogik, 1992, 22 (2), S.64-69
- LEITNER, W.G., The possibility of high quality performance scores (GZ-F) in BRIKENKAMPS „Test d2“ (concentration test) even without any considerable concentration performance. In: Abstracts: XIV. International School Psychology Colloquium: School Psychology and Human Development. Univ. Minho, Braga/Portugal 1991. S.100.
- LEITNER, W.G., Interventionsgeleitete Einzelfallhilfe im Rahmen einer Beratung im Schulbereich. Bezugsrahmen und theoretische Grundlegung. Regensburg 1994.
- LEITNER, W.G., Zur Diskussion um die Hauptgütekriterien bei Konzentrationsleistungsmessungen. Mögliche Fehldiagnosen mit dem Aufmerksamkeits-Belastungstest: Ein Problem des Tests oder des Diagnostikers? Bamberg 1995a.

- LEITNER, W.G., Pädagogisch-psychologische Diagnostik. Interventionsgeleitete Befunderstellung im exemplarischen Einzelfall. Bamberg 1995b.
- LEITNER, W.G., Eine konzeptionelle Synthese für die Gruppenarbeit zur Prävention von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen auf der Grundlage von Freiarbeit, TZI und Meditation/Suggestopädie. In: Pädagogisches Forum 3 (1995c), S. 136-139.
- MAYR, T., Hyperaktivität, Aggressivität und Peer-Status bei Vorschulkindern. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1992, 21 (4), S.392-410.
- ORTNER, A. und ORTNER, U.J., Grundschulpädagogik. Wissenschaftsintegrierende Beiträge. Donauwörth 1990.
- ORTNER, A. und ORTNER, R., Verhaltens- und Lernschwierigkeiten: Handbuch für die Grundschulpraxis. Weinheim 1991, 1993.
- ORTNER, R., Kinder in psychischen Nöten. Nettetal 1989.
- ORTNER, R., Kind - Schule - Gesundheit. Was muß die Schule für die Gesundheit unserer Kinder tun? Donauwörth 1979.
- ORTNER, R., Personalisation und die Bestimmung des Menschen. Ein anthropologischer Denkansatz zur Entwicklung einer pädagogischen Konzeption. Bamberg 1990.
- ORTNER, R., Wie kann man da noch unterrichten? - Verhaltens und Lernschwierigkeiten als pädagogische Herausforderung. In: HAARMANN, D., Handbuch Grundschule. Allgemeine Didaktik: Voraussetzungen und Formen grundlegender Bildung, Band 1. Weinheim und Basel 1991, S.129-138.
- PSCHYREMBEL, W., ZINK, C. und DORNBLÜTH, O., Klinisches Wörterbuch. Berlin 1990.
- ROTH,N., SCHLOTTKE, P.F. und KLEPEL, H. Hyperaktive und aufmerksamkeitsgestörte Kinder: Erklärungsansätze, psychophysiologische Korrelate und Behandlungskonzepte. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 1992, 1 (2), S.77-84.
- SCHMIDT, M.H und BLANZ, B., Hyperkinetisches Syndrom. Wie Philipp das Zappeln verlernen kann. Neurologie Psychiatrie, 1992, 6 (4), S.228-234.
- SCHOR, B., Hyperkinese - ein Trauma für Kind und Mitwelt. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 1992, 43 (10), S.667-675.
- STEGMANN, I., Nur zu faul? Neurophysiologische Aspekte von Lernstörungen. In: Ergotherapie & Rehabilitation, 1993, 32 (1), S.6-9.
- STEINHAUSEN, H.-CH., Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Stuttgart 1982.
- VOGLER, M., Der Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und den Variablen Konzentration, Kreativität und Wissen. Dissertation. Universität Wien 1976.
- WESTHOFF, K., Das Akku-Modell der Konzentration. In: BARCHMANN, H., et al. Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter. Berlin 1991, S.47-55.
- ZÖPFL, H., HUBER, H., Über Grundlagen von Bildung und Erziehung. Donauwörth 1990.

Anschrift des Verfassers:

Dr.phil. Werner Leitner, Universität Bamberg, Markusplatz 3, 96045 Bamberg